



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“
Факултет за медицински науки

СТРУЧНО-НАУЧНА
КОНФЕРЕНЦИЈА

СОЦИЈАЛНИ ДЕТЕРМИНАНТИ И ЗДРАВЈЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Зборник на трудови

Штип, 27.10.2018

Зборник на трудови, Регионална стручно-научна конференција, Факултет за медицински науки; Vol 2, No 1, Октомври 2018 година

Поддржано од:

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“
Факултет за медицински науки



ОРГАНИЗАЦИЈА НА КОНФЕРЕНЦИЈАТА

Организациски одбор

Претседател: Проф д-р Елизабета Зисовска

Членови

Доц д-р Александар Цветковски

Доц д-р Викторија Максимова

Доц д-р Данче Василева

Доц д-р Даринка Ѓорѓиева Ацкова

Доц д-р Елена Дракалска

Доц д-р Катарина Смилков

Доц д-р Катерина Златановска

Доц д-р Киро Папакоча

Доц д-р Марија Дарковска

Доц д-р Мире Спасов

Доц д-р Наташа Лонгурова

Доц д-р Сања Наскова

Доц д-р Тоше Крстев

Ас д-р Марија Димитровска Иванова

Д-р Мирела Нацева

Д-р Вишна Гацова

Д-р Катерина Џатева

Д-р Дритан Даути

Д-р Симон Бешлиев

Гоце Калцев

Научен одбор - членови

Проф д-р Рубин Гулабовски

Проф д-р Милка Здравковска

Проф д-р Ивона Ковачевска

Проф д-р Емилија Јаневиќ

Проф д-р Цена Димова

Проф д-р Билјана Ѓорѓевска

Проф д-р Дарко Бошнаковски

Проф д-р Ленче Милошеска

Проф д-р Ѓорѓи Шуманов

Проф д-р Ана Миноска

Проф д-р Глигор Димитров

Проф д-р Бистра Ангеловска

Проф д-р Зденка Стојановска

Проф д-р Татјана Рушковска

Проф д-р Васо Талески

Проф д-р Невенка Величкова

Проф д-р Ленче Николовска

Проф д-р Гордана Панова

Проф д-р Андреа Арсовски

Почесен гостин:

Проф д-р Блажо Боев, Ректор на Универзитетот „Гоце Делчев“ -Штип

Зборник на трудови, Регионална стручно-научна конференција,
Факултет за медицински науки: *Социјалните детерминанти и
здравјето на населението*. Vol 2, No 1, Октомври 2018 година

Конференцијата е поддржана од Универзитетот „Гоце Делчев“ во рамки на
Проектот „Влијанието на социјалните детерминанти врз перинаталното
здравје“

	27.10.2018 година (сабота)
09:30 – 10:00	Регистрација на учесниците
10:00 – 10:15	Поздравен говор од Ректорот на УГД <i>Проф д-р Блажо Боев</i>
10:15 - 10:30	Поздравен говор од Деканот на ФМН <i>Проф д-р Рубин Гулабоски</i>
10:30 - 11:00	Влијание на социјалните детерминанти врз перинаталното здравје-национален приоритет <i>Проф д-р Елизабета Зисовска</i>
11:00 – 11:15	Морталитетот од кардиоваскуларните заболувања кај нас и во светот <i>Проф д-р Милка Здравковска</i>
11:15 - 11:30	Quality of Maternal and Neonatal care in Albania <i>Prof d-r Eduard Tushe, external WHO consultant</i>
11:30 – 11:45	Безбедноста во сообраќајот и политиката на јавното здравје: можеме ли повеќе и подобро <i>Проф д-р Ристе Темјановски</i>
11:45 – 12:00	Фармацевтска грижа за болни од астма <i>Проф д-р Бистра Ангеловска</i>
12:00 - 12:15	Личноста на сопругите на зависниците од алкохол <i>Прим д-р Павлина Васкова</i>
12:15 – 12:30	Социјалните детерминанти на инфективните заболувања и нивното влијание врз здравјето на населението во целина <i>Проф д-р Снежана Стојковска</i>
12:30 – 13:30	<i>Постер сесија</i>
13:30 – 13:45	Социјални детерминанти кај болните од туберкулоза <i>Проф д-р Билјана Илиевска Попоска</i>
13:45 – 14:00	Dijagnostika i terapija SGA: dali se u fetalnom I ranom neonatalnom period određuje naša ukupna životna sudbina? <i>Проф д-р Саша Живич, ФМН Ниш</i>
14:00 – 14:15	Состојба на залеаните први трајни молари кај 12-годишни деца во Гостивар и Прилеп <i>Проф д-р Златко Георгиев</i>
14:15 - 14:30	Морални и биоетички прашања на Одделенијата за критично болни пациенти <i>Проф д-р Аспазија Софијанова, Ana Frinzhand</i>
14:30 – 14:45	Корелација на социјалниот статус на пациентите со бенигна простатична терапија врз тежината на изразеност на симптомите на болеста <i>Ас м-р Маја Софронијевска Главинев</i>
14:45 – 15:00	Социјални детерминанти и акутен гастроентеритис во детската возраст <i>Ас д-р Марија Димитровска Иванова</i>
15:00 – 15:15	Најчести дерматолошки заболувања кај лица во ниски социоекономски услови со посебен осврт на паразитарни и бактериски инфекции <i>Д-р Мирела Василева</i>

Дел 1

Зборник на трудови

СТРУКТУРНИ КОМПЕТЕНЦИИ - поим, извори и ефекти од социо-економска нееднаквост

Димова Цена,
Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“, Штип
cena.dimova@ugd.edu.mk

Апстракт. процесот односно движењето наречено "структурна компетентност" опфаќа многу фактори поврзани со здравјето на човекот кои им се припишуваат на културата, традицијата или етничка припадност, кои пак претставуваат последици на течението на одлуки за поголеми структурни контексти, вклучувајќи: здравствена заштита и системи за испорака на храна, примена на законски мерки, локална политика, урбани и рурални инфраструктури, структурен расизам, или дури и многу дефиниции на болест и здравје на луѓето.

Клучни зборови: структурна компетентност, здравствена заштита.

STRUCTURAL COMPETENCES - concept, sources and effects of socio-economic inequality

Dimova Cena
Faculty of Medical Science, Goce Delcev University, Stip, Macedonia
cena.dimova@ugd.edu.mk

Abstract. The process or motion called "structural competence" covers many factors related to human health attributed to culture, tradition or ethnicity, which are the consequences of decision-making on larger structural contexts, including: health care and delivery systems food, application of legal measures, local politics, urban and rural infrastructures, structural racism, or even many definitions of people's illness and health.

Key words: structural competence, health care.

Вовед

Клиничките лекари и едукатори потребно е да бидат едуцирани како да ги совладаат наративните вештини: слушање, читање, пишување, и како на соодветен начин да обратат внимание на приказната за болеста.

Во современата социјална медицина во повеќето земји од Европа и Америка, особено внимание се посветува на обуката на лекарите како на што поедноставен начин да ги спознаат не само расата, туку и етничката припадност на пациентот, особено во контекст на секојдневната клиничка практика. Исто така, и студентите по медицинските науки треба да се едуцираат и да стекнат вештина како треба да ги идентификуваат пациентите, односно како нивните "демографски и културни фактори" може да влијаат и имаат влијание врз нивната здравствена култура и општо здравствено однесување.

Во современите медицински наставни програми се предвидува студентите, младите лекари, практикантите и специјализантите да се здобијат со основно знаење и обука за "културната компетентност", сè со единствена цел да се поедностави комуникацијата со лицата од различна "етничка" припадност. Односно, како полесно и посоодветно да се комуницира со различни пациенти на кои им е потребна некаква здравствена услуга. Исто така и младите лекарите треба да се едуцирани, да ги почитуваат различните раси на пациенти и воедно како да ги нотираат ваквите забелешки во медицинските записи (пример: "Г-дин Смит е 45-годишен Афроамериканец").

Цел. При обавување на секојдневната клиничка практика, а со цел да се има прецизност и сигурност, треба да се посвети особено внимание при формулацијата и поставувањето на прецизни и соодветни прашања кои се во врска со различностите,

коишто од друга страна ќе имаат особено влијание потоа, и тоа врз голем број фактори кои се од централно значење за поставување ефикасна дијагноза и третман.

Новите образовни процеси и програми содржат теми и наслови кои помеѓу другото ги потенцираат културолошките компетенции на пациентите од една страна и сензитивноста на лекарот, од друга страна, кое заедно може да имаат рефлексивна врз целокупната работа потоа; така на пример да го намалат целокупното искуство за стигмата на пациентите, но и да го подобрат општото здравје.

Стигма претставува знак на срам. Кога едно лице е обележано од неговата болест, тоа лице се гледа како дел од стереотипна група. Се креираат негативни ставови, предрасуди кои доведуваат до негативни дејства и дискриминација. Стигмата носи искуство и чувство на: срам, вина, безнадежност, катастрофа, лажно претставување во околината, одбивање да се бара и / или да се прифати потребната помош. Од стигма може да биде погодено едно лице, но многу често се погодени семејствата, кое што доведува до недостаток на очекуваната поддршка.

Токму затоа, процесот односно движењето наречено "структурна компетентност" опфаќа многу фактори поврзани со здравјето на човекот кои им се припишуваат на културата, традицијата или етничка припадност, кои пак претставуваат последици на течението на одлуки за поголеми структурни контексти, вклучувајќи:

- здравствена заштита и системи за испорака на храна,
- примена на законски мерки,
- локална политика,
- урбани и рурални инфраструктури,
- структурен расизам,
- или дури и многу дефиниции на болест и здравје на луѓето.

Во 1968 година, активист за граѓански права Кармајкл (Stokely Carmichael) од САД ги напаѓа вградените расни предрасуди, и тоа не во акции или убедување на поединци, туку во улога на развивање на социјалните структури и институции. Тој вели: "Јас не се занимавам со поединецот", потоа, тој особено го потенцира следново: "Мислам дека луѓето кога зборуваат за поединецот ја одбегнуваат одговорноста".

Наместо тоа, говорејќи пред една група здравствени работници за ментално здравје, Кармајкл се спротивставил на тивкиот расизам на "воспоставените и почитувани сили во општеството" кои функционираат над нивото на индивидуалните перцепции или намери со цел да се одржи status quo - состојбата преку структури како законите на локалната самоуправа, економијата, училиштата и судовите.

"Институционализираниот расизам, тврди тој, е помалку очигледен, многу е посуптилен, помалку е препознатлив кога се работи за постапките на поединци, но не е помалку деструктивен за човечкиот живот" (Carmichael, 2003:151)

Во однос на вниманието кон структурата како организирачки принцип во САД сè повеќе се сугерира дека медицинска едукација е особено важна во сегашново време, бидејќи силите и слабостите опишани од страна на Кармајкл станале сè поитни, по препознатливи и поактуелни.

Всушност, тој смета дека американските доктори треба да имаат поголемо знаење за начините и процесите кои доведуваат до нееднаквост во социјалниот и економскиот систем. Поточно, како тие нееднаквости доведуваат да се оформи различната материјална реалноста во животот на пациентите. Така на пример, епидемиолозите се врзуваат за секојдневното искуство како расната дискриминација доведува до пораст на различни нивоа на хроничен стрес, и како расизмот е всушност "вграден и отелотворен".

Од друга страна, научниците по невролошки науки укажале дека во некои случаи постоела попречена мозочна функција која се должела и била поврзана со нарушените невронски врски, и тоа при случаите каде постоеле социјална исклученост и сиромаштијата. Додека, епигенетските истражувачи од своја страна докажале промени на ниво на генската метилација. Всушност, колку било повисоко нивото на стресот, толку кај луѓе од сиромашните средини можело да се продуцираат повеќе ризик фактори за болест, кои можеле да траат со генерации ако истите не бидат прекинати со социјални интервенции.

Исто така, и економистите докажале дека кај луѓето со пониски примања можело да се намали стапката на нивниот дијабетес и депресија, по нивно преселување во побезбедни и побогати населби.

Ова се само неколку примери на типови на истражувања при кои докторите може полесно да пристапат и да осознаат како недостатоците кои произлегуваат од социјалната и економската инфраструктура може да го загрозат и нарушат општото здравјето.

Градење на научен труд од различни области, вклучувајќи го законодавството, јавното здравје, историјата и социологијата, ја оформува структурната компетентност на младите лекари. Со ваквата научна работа ќе се дефинираат и формулираат "социјалните потреби" и нивната поврзаност со различните расни и етнички припадности и тоа токму преку зголемување на знаењето и вештината на лекарот, преку препознавање на институционалните влијанија, здравствените системи и законодавството, и како истите може да влијаат врз општото здравјето, и конечно каква е целосната поврзаност на овие релации. Ова пак, го обликува и дефинира дијагностичкото знаење на лекарите, кое потоа од своја страна ќе влијае врз она што ќе се случува при клиничката работа во еден продлабочен, студиозен и индивидуален начин и пристап.

Структурна компетентност (надлежност)

Структура е всушност термин со сложено теоретско минато (од Маркс до Гиденс до Леви Штраус - Marx to Giddens to Levi-Straus). Во нашето формулирање структурата подразбира објекти, згради, енергетски мрежи, вода, канализација, храна, дистрибуција на отпаден систем, автопатишта, авиосообраќај, возови и патишта, комплекси и електро комуникациски системи кои се истовремено и локални и глобални, а токму таа функционира како централна артерија во некоја локација, на едно место, но и на друго место како на пр. склеротични промени. Често пати, структурата разграничува невидливи дијагностички и бирократски рамки кои ги опкружуваат биомедицинските интеракции и истовремено истите имаат потенцијална можност за обликување на нивната содржина.

Структурата сугерира претпоставки вградени во јазикот, но и став кој треба да послужи како реторички социјален вид при некои групи лица кон кои постојат бариери.

Структурата исто така може да се сфати и воочи во голем број денешни дискурси кои помагаат да се објасни ставот за стигма на болеста и здравјето.

Истражувачите на стигмата нагласуваат дека се оформиле различни начини кои произведуваат структурни или институционални сили, како што се:

- нееднаквост во пристапот на лекување,
- нееднаквост во социјалните придонеси или пак
- дискриминирачки закони.

Во меѓувреме, социолозите и хуманистичките научници дале свој придонес со тоа што додаваат поедини важни концептуални структури како систем кој го произведува и репродуцира општествениот свет. Така овие концепциски структури длабоко ги поврзуваат со културата, кои потоа даваат соодветно толкување за систем на вредности за телото и болестите.

Честопати поедини политички и јавно-здравствени системи во некои земји користат структурни нееднаквости или угнетување, како што е расизмот, и се занимаваат со навидум биолошките услови на морбидитет и морталитет.

Повикувајќи се на современите литературни научни сознанија и податоци, структурната компетентност има за основна цел да промовира вештини. Но, сепак не толку многу за да се замени свеста на „културата“ при медицинските поставувања, туку да се поврзат културата и структурата како меѓусебно комплементарни и неделиви при оформување на стигмата и нееднаквоста.

Компетентноста пак не значи владеење на променливи сили во контекст на веќе постоечките обемни планови и програми. Медицинската едукација во поновите истражувања развила синдром за над-компетентност или супериорна компетентност (над – надлежност или супериорна надлежност). Се потенцира и тврди дека стручноста на еден цел спектар на високо комплексни теми се изместени и променети, и тоа од страна

на хуманистичките и социјалните научници. Затоа, лекарите и другите медицински професии во последниве триесетина години активно повикуваат на различни иницијативи со цел и намера да се развијат најпрво „полови и родовски компетенции“, а потоа и „религиозни компетенции“.

Најдена е заедничка основа во убедувањето дека осмислувањето и интервенирањето во апстрактната социјална форма е вештина која бара студиозност, пракса и временски простор. Воедно, резултатите од ваквите напори покажале дека овој начин им помага особено на лекарите да напредуваат и да се развиваат, и со тек на време да не станат арогантни или пак самоуверени во овој правец, туку со емпатија и љубезност да ја препознаат комплексноста на структурните ограничувања кои ги имаат пациентите, а потоа да ја надминат својата структурната ограниченост во рамките на нивната идна заедничка работа – лекувањето и третман на компликации (Тервалон и Мареј-Гарсија - Tervalon, Murray–Garcia 1998).

Структурната компетентност подразбира и се дефинира како обучена способност да се разликуваат мноштвото прашања кои клинички се дефинираат како симптоми, ставови или заболувања (на пр. депресија, хипертензија, дебелина, пушење, траума, психоза), бидејќи овие симптоми потоа може да предизвикаат импликација врз бројните одлуки донесени врз основа на таквите прашања, како што се на пример:

- Улога на здравството во системот при доставување на храна,
- Урбанистички закони,
- Урбана и рурална инфраструктура,
- Медикаментна терапија,
- Дури и импликации при самото дефинирање на болест и здравје.

Според Мецл и Хансен (Metzl & Hansen) поимот „структурна компетентност“ (или „структурна надлежност“) се состои од обука и стекнување вештина во пет основни нивоа:

1. Препознавање на структури кои ја оформуваат клиничката интеракција,
2. Развик на екстра клиничкиот јазик на структурата,
3. Реартикулација на „културолошката“ формулација на структурните услови,
4. Набљудување и замислување на структурните интервенции,
5. Приближување на сите аспекти на развој на структурна скромност.

Основи на структурна компетентност

1. Препознавање на структури кои ја дефинираат клиничката интерактивност

Првата компонента односно првото ниво на структурната компетентност содржи утврдување на економските, физичките и социо-политичките влијанија кои ги условуваат медицинските одлуки. Таков пример кој е во врска со традиционалниот пристап на културолошката компетентност е следниов случај:

"Г-ѓа. Џонс е Афроамериканка на 60-годишна возраст која дошла на крајот на работното време во ординација и се жали на покачен крвен притисок. Таа, и покрај препишаните лекови, одбивала да ги зема таблетите редовно, онака како што се препишани. Поставени биле серија прашања за нејзиното потекло, како и за нејзините лични ставови во врска со примањето на лекови“.

Во текот на анализата потребно е да се земаат предвид релевантните фактори кои обезбедуваат структурен пристап и откривање на рамките и ограничувањата кои ги диктираат здравствените политики на системот, кои пак се определени од следниве параметри: цената на лековите (и/или висината на партиципацијата од страна на пациентот), видот на здравствено осигурување, должина на определеното време за преглед (време на лекарот поминат со пациентот, на пр: во САД од 9-12 мин.; во РМ 15 мин.) и дали времетраењето на прегледот има или нема влијание врз содржината на разговорот и квалитетот на прегледот поминат со пациентот.

Второ, треба да се истражи оправданоста на препишаниот лек (од аспект на фармакоекономиката на лекот), односно дали можеби можело да биде препишан поефтин лек, а со еднакво дејство и кој би бил во согласност со финансиските можности

на пациентот. Потоа, потребно е да се утврди кои се политиките и како тие влијаат врз формирањето на цената на лекот.

Во оваа смисла се и ставовите на Хансен и Робертс (Hansen & Roberts 2012) кои укажале на постоење на различни правни, маркетиншки и регулаторни стратегии во САД кои биле користени за промоција на лекови кои можело да бидат препишани на рецепт за различни „етнички“ групи на население. Така, Метцл (Metzl, 2010) уште од порано ја критикувал можноста за „културолошка дијагноза“ и ги посочил аналитичките резултати од импликациите во рамките на вака поставените дијагнози, а потоа соодветно на тоа и применет е и различен третман за различни етникуми.

Сепак, лекарите од различни земји, заеднички се согласни во следново: должината на времето потребно за преглед како и формирањето на цените на лековите се битни прашања врз кои тие самите имаат многу мала контрола, односно немаат воопшто влијание. Но затоа, ваквиот приод во разбирањето на културолошката структура и согледување на индивидуалниот културолошки пристап кон пациентите претставува продуктивен прв чекор во спознавањето и решавањето на проблемите.

2. Развитие на екстра клиничкиот јазик на структурата

Втората компонента на структурната компетентност дава акцент на интердисциплинарното подразбирање на структурата, за прашања кои се однесуваат за поимите на болест и здравје во заедницата, а кои се надвор од рамките на болниците, клиниките и ординациите. Резултатите на некои научни истражувања покажале дека во сиромашните средини постојат широк спектар на „физиолошки, мобилни и адаптивни“ одговори кои доведуваат до развиток на хронични заболувања, како што е дијабетесот тип 2 и коронарната срцева слабост (Ozanne и Constância, 2007). Исто така истражувањата покажале дека социјалната средина има влијание врз метаболизмот, па дури и врз генетиката. Поедини студии покажале дека влијанието на расизмот има физиолошки ефект врз кортизолот, односно општествената хиерархија ги промовира своите несакани ефекти (Tull, Sheu, Batler, и Cornelious, 2005).

Други истражувања укажуваат дека со нарушување и распаѓање на инфраструктурата на животната околина може да се создадат услови за развиток на некоја конкретна телесна болест. Таквите услови се создадени врз основа на сложени општествени проблеми и затоа се сугерира промена на здравствените политики и зголемување на инвестиции во сиромашните области со подобрување на инфраструктурните прашања. Така, биомедицината допринела за напредното познавање на биолошките влијанија на различните животни околина.

Резултатите на истражувањата на Харис Интерактив (Harris Interactive, 2011) сугерираат дека треба да се подржуваат медицински квалификации со цел да се разговара за „социјалните“ аспекти и социјалните детерминанти. Социјална работа, во ваквата биомедицински рамка, станува монолитна и непроменлива сила која функционира надвор од дофатот на медицинската имагинација или експертиза. Структурната компетентност има за цел да се прошират медицинските образовни пристапи кон општествените сфери и да се вгради директно во медицинските правилници.

3. Реартикулација на „културолошката“ формулација на структурните услови

Третата компонента на структурна компетентност промовира способност да се преформулираат „културолошките“ клинички презентации со термини и концепти на структурата од интердисциплинарна литература, како што е веќе наведено погоре.

И овде повторно, целта не е да се замени културата или да се одбегнуваат разговори и дискусии за културните вредности на пациентите и лекарите. Истовремено истражувањата и анализите укажуваат дека поимот „култура“ при клиничките поставувања ја нагласува блискоста со вредностите на разни класни групи или етнички заедници, додека нивно потенцијално отповикување ќе предизвика создавање на комплексни културни структури на нееднаквост и пречки на нивното вклучување во системот (Nordquest, и Longhofer, 2007).

Во истражувањата на Хансен и Дуган (Hansen & Dugan 2013) направена е анкета при 20 медицински факултети во САД, каде се утврдени ограничувањата на логиката на

терминот "културен". Прашањата од анкетата биле со цел да се дадат одговори со кои посоодветно ќе бидат опишани и утврдени структурните детерминанти на здравјето. Иако најголем дел од испитаниците во студијата изразиле мотивација за изучување на "здравствените разлики," мнозинството од испитаниците сметале дека постојат разлики и тоа во однос на "културата", и тоа пред сè во однос на прашањето поврзано со етничкиот идентитет.

4. Набљудување и замислување на структурните интервенции

Четвртата компонента на структурната компетентност има за цел да укаже дека структурите на здравјето и болестите не се ниту безвременски, ниту непроменливи, туку се одраз на посебни финансиски, законодавни одлуки, или пак културолошки одлуки донесени во одредени периоди и дека како такви, овие структури се предмет на различни форми на интервенција.

Кај нас, прашањето кое ќе го поставиме може да биде следново - со оглед на тоа што сега се идентификувани како структури, какво е влијанието на искуството на лекарот и пациентот (примерот со г-ѓа Џонс) и што може да направиме за да се интервенира?

Со ваквиот став оваа компонента ги придвижува слушателите кон реалниот свет, бараат од студентите да ги анализираат структурните интервенции, а дури потоа да се предложат интервенции кои се однесуваат на подобрување на здравствената инфраструктура. Овој аспект на надлежности овозможува повеќе форми на набљудување. Природната влезна врата може да биде анализа на различни истории на болест – преку наративно раскажување, архивски анализи, литература пребарувања, а со цел да се анализираат претходните медицински напори и обиди за решавање на прашањата од социјалната правда.

5. Приближување на сите аспекти на развој на структурна скромност

Последната компонента на структурната компетентност е следна: лицата кои се обучуваат потребно е да ги препознаат ограничувањата на структурната компетентност. Така на пример при вежбите на студентите, тие треба да покажуваат критичка свест за реалните цели и како крајна цел да им е медицинската едукација.

Поимот „структурна скромност“ дошол од медицинскиот едукатор Хант во 2001 година, кој искажал критичко размислување на културната компетентност преку концептот развиен од страна на филозофот Емануел Левинас дека „другиот секогаш лежи вон разбирањето за себе си“. Всушност овој термин во себе вклучува свесност на лекарите во однос на нивното ограничено познавање на вредни нијанси и специфики на пациентот при толкување на наративите на пациентите.

Заклучок. Практичарите за структурната компетентност се согласни во следново: развивањето на вештините за спознавање на структурните и културолошките компетентности се всушност развивање на почетни точки на разговорот, а не на негови крајни точки, и дека лекарите во тие разговори се истовремено и говорници и слушачи, и предводници и соработници, и експерти и обични луѓе.

Структурна ранливост

Структурната ранливост е алатка која служи за промоција на структурната компетентност при здравствената грижа и утврдување на лошата здравствена состојба на посебни групи и поединци.

Повеќето истражувачи од општествените науки го развиле и дефинирале концептот на „структурна ранливост“ кон здравствените услуги со намера да овозможат интегрирање на своите пациенти преку идентификацијата на социјалните детерминанти на нарушено здравје.

Пациентите се структурно ранливи кога повеќе аспекти им се преклопуваат и/или меѓусебно се поддржуваат – општествени (на пример социо-економски, расни, културни), институционални и политички (имиграциски статус) при што нивното здравје е со потенцијален ризик за нарушување.

Свеста за „структурна ранливост“ укажува и предупредува дека давателите на здравствени услуги може да имаат предрасуди кон овие лица и следствено на ова може да се наруши оптималното здравствено згрижување и третман.

Концептот на структурна ранливост се однесува на потврдување на социјалните детерминанти на здравјето преку постигнување на индивидуални медицински предизвици на пациентот како политички, економски, демографски и социо-културни разлики кои придонесуваат за ограничување кон пациентите и здравствените услуги.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adams V, Kaufman S, VanHattum T, Moody S. Aging disaster: mortality, vulnerability, resilience and how age matters over the long term among Katrina survivors. *Medical Anthropology*. 2011; 30(3):247–270. [PubMed: 21590581]
2. Ademola, A.; Whitley, R.; Kirmayer, L. Cultural contexts and constructions of recovery. In: Rudnick, A., editor. *Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives*. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Albert Einstein College of Medicine, Department of Family and Social Medicine. <http://www.einstein.yu.edu/departments/family-social-medicine/>.
4. American Association of Colleges of Pharmacy, Libraries/Educational Resources Section. Cultural competency: Selected resources for instruction. Electronic document. 2006
 - a. <http://www.aacp.org/resources/learningcommunities/Documents/CulturaCompSelfResourcesforInstruction.pdf>.
5. American Medical Association Journal of Ethics Virtual Mentor, September 2014—Vol 16: 685. www.virtualmentor.org
6. Angell M, Relman AS. Patents, profits & American medicine: conflicts of interest in the testing & marketing of new drugs. *Daedalus*. 2002; 131(2):102–111.
7. Association of American Medical Colleges. Tool for Assessing Cultural Competence Training (TACCT). <https://www.aamc.org/initiatives/tacct>. Accessed July 17, 2014.
8. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: toward a structural interpretation. *Am Sociol Rev*. 1997;62(3):465-480.
9. Bornstein, D. Treating the cause, not the illness. *New York Times*; 2011. <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2011/07/28/treating-the-cause-not-the-illness/?hp> [Accessed 17.08.12]
10. Bostic R, Lavizzo-Mourey R. Botic and Lavizzo-Mourey: Housing and health care go hand in hand. *Roll Call*. 2011
 - a. http://www.rollcall.com/issues/57_75/raphael_bostic_risa_lavizzo_mourey_housing_health_care_go_hand-211053-1.html?pos=oopih.
11. Bradby H. What do we mean by “racism”? Conceptualising the range of what we call racism in health care settings: a commentary on Peek et al. *Soc Sci Med*. 2010;71(1):10-12.
12. Buwaldaa B, Buwalda B, Kole M, Veenema AH, Huininga M, Boer SF. Long-term effects of social stress on brain and behavior: a focus on hippocampal functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2005; 29(1):83–97. [PubMed: 15652257]
13. Carpenter-Song EA, Nordquest SM, Longhofer J. Cultural competence reexamined: critique and directions. *Psychiatric Services*. 2007; 58(10):1362–1365. [PubMed: 17914018]
14. Carmichael, S. Black Power, a critique of the system of international white supremacy & international capitalism. In: Cooper, D., editor. *The dialectics of liberation*. New York: Penguin; 2003. p. 151
15. DasGupta S. Narrative humility. *Lancet*. 2008; 22(371):980–981. [PubMed: 18363204]
16. Davey, M. Darker nights as some cities turn off the lights for savings. *New York Times*; 2011 Dec 29. p. A11

17. Deaton A. Health, income, and inequality. NBER Reporter. Spring 2003. <http://www.nber.org/reporter/spring03/health.html>. Accessed July 17, 2014.
18. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*. 2001; 14(S1):34–40.
19. Evans GW, Schamberg MA. Childhood poverty, chronic stress and adult working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2009; 106(13):6545–6549.
20. Farmer, P. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
21. Farmer P, Castro A. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *Am J Public Health*. 2005;95(1):53-59.
22. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*. 2006;3(10):e449:1686-1691.
23. Feagin J, Bennefield Z. Systemic racism and U.S. health care. *Social Science & Medicine*. 2014; 103:7–14. [PubMed: 24507906]
24. Finkelstein, S.; Temin, P. *Reasonable Rx: Solving the drug price crisis*. New Jersey: Financial Times; 2008.
25. Fullilove, M. *Urban Alchemy: Restoring joy in America's sorted-out cities*. Oakland: New Village Press; 2013.
26. Graham, S. *Disrupted cities: When infrastructure fails*. New York: Routledge; 2009.
27. Goldstein D, Holmes J. 2011 Physicians' daily life report. <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2011/11/2011-physicians--daily-life-report>. Accessed July 17, 2014.
28. Hannah S, Carpenter-Song E. Patrolling your blind spots. *Culture, Medicine & Psychiatry*. 2013; 37(2):314–339.
29. Hansen H, Dugan TM. Educating psychiatry residents about cultural aspects of care: a qualitative study of U.S. residency faculty. *Academic Psychiatry*. 2013 (in press).
30. Hansen H, Roberts S. Two tiers of biomedicalization: methadone, buprenorphine, and the racial politics of addiction treatment. *Advances in Medical Sociology*. 2012; 14:79–102.
31. Hatzenbuehler ML, Bellatorre A, Lee Y, Finch BK, Muennig P, Fiscella K. Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science & Medicine*. 2014; 103:33–41. [PubMed: 23830012]
32. Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*. 2014; 103:1–6. [PubMed: 24445152]
33. Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(5):868–879. [PubMed: 17499900]
34. Hunt L. Beyond cultural competence: applying humility to clinical settings. *Park Ridge Center Bulletin*. 2001; 24:3–4.
35. Johnstone SE, Baylin SB. Stress and the epigenetic landscape: a link to the pathobiology of human diseases? *Nature Reviews Genetics*. 2010; 11:806–812.
36. Ludwig J. Neighborhoods, obesity, and diabetes e a randomized social experiment. *New England Journal of Medicine*. 2011; 365:1509–1519. [PubMed: 22010917]
37. Kirkland, A. *Fat rights: Dilemmas of difference and personhood*. New York: NYU Press; 2008.
38. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; 3(10):e294. [PubMed: 17076546]
39. Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Serv*. 1999;29(2):295-352.
40. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine*. 2009; 84(6):782–787. [PubMed: 19474560]
41. Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes--a randomized social experiment. *New Engl J Med*. 2011;365(16):1509-1519.
42. Metzl, JM. *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Boston: Beacon; 2010.

43. Metzl JM. Structural competency. *Am Q.* 2012;64:213–218.
44. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133.
45. Nelson, A. *Body and soul: The Black Panther party and the fight against medical discrimination.* Minneapolis: University of Minnesota Press; 2011.
46. Ozanne SE, Constância M. Mechanisms of disease: the developmental origins of disease and the role of the epigenotype. *Nature Reviews Endocrinology.* 2007; 3(7):539–546.
47. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine.* 2003; 57(1):13–24. [PubMed: 12753813]
48. Pathman DE, Konrad TR, et al. Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *Journal of Family Practice.* 2002; 51(7) <http://stg.jfponline.com/pdf%2F5107%2F5107JFP%5FJFPOnline2%2Epdf>.
49. Pérez MA, Luquis RR. *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion.* 2nd ed. New York, NY: Jossey Bass-Wiley; 2008.
50. Peek ME, Odoms-Young A, Quinn MT, Gorawara-Bhat R, Wilson SC, Chin MH. Race and shared decision-making: perspectives of African-Americans with diabetes. *Soc Sci Med.* 2010;71(1):1-9.
51. Quesada J, Hart LK, Bourgois P. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology.* 2011; 30(4):339–362. [PubMed: 21777121]
52. Raz M. *What's Wrong with the Poor?: Psychiatry, Race, and the War on Poverty.* Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2013.
53. Roberts DE. *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty.* New York: Vintage Books; 1999.
54. Roberts D. *Fatal Invention: How Science, Politics, and Big Business Re-Create Race in the Twenty-first Century.* New York: New Press; 2011:123-146.
55. Rose DJ. Captive audience? Strategies for acquiring food in two detroit neighborhoods. *Qualitative Health Research.* 2011; 21(5):642–651. [PubMed: 21041517]
56. Sampson RJ. Moving and the neighborhood glass ceiling. *Science.* 2012; 33(6101):1464–1465. [PubMed: 22997316]
57. Saunders. *CT suite: The work of diagnosis in the age of noninvasive cutting.* Duke University Press; 2008.
58. Schulz A, Williams D, Israel B, Becker A, Parker E, James S, et al. Unfair treatment, neighborhood effects, and mental health in the detroit metropolitan area. *Journal of Health and Social Behaviour.* 2000; 41(3):314–332.
59. Springgate B, Wennerstrom A, Carriere C. Capacity building for postdisaster mental health since Katrina. *Review of Black Political Economy.* 2011; 38(4):363–368.
60. Stepanikova I, Zhang Q, Wieland D, Eleazer GP, Stewart T. Non-verbal communication between primary care physicians and older patients: how does race matter? *J Gen Intern Med.* 2012;27(5):576-581.
61. Taube C. *Admission Rates to State and County Mental Hospitals by Age, Sex, and Color, United States, 1969.* Washington, DC: Survey and Reports Section, Biometry Branch, National Institute of Mental Health; 1971;1-7. Statistical Note vol. 41.
62. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* 1998; 9(2):117. [PubMed: 10073197]
63. Tsevat R, Sinha A, Gutierrez K. Bringing Home the Health Humanities: Narrative Humility, Structural Competency, and Engaged Pedagogy. *Academic Medicine,* in press- (Vol. XX, No. X / XX XXXX: 1-4).
64. Tull ES, Sheu Y, Butler C, Cornelious K. Relationships between perceived stress, coping behavior and cortisol secretion in women with high and low levels of internalized racism. *Journal of the National Medical Association.* 2005 Feb; 97(2):206–212. [PubMed: 15712783]

65. Wells K, Jones L. "Research" in community-partnered, participatory research. *Journal of the American Medical Association*. 2009; 302(3):320–321. [PubMed: 19602693]
66. Williams DR. Race/ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues. *International Journal of Health Services*. 1996; 26(3):483–505. [PubMed: 8840198]
67. Willen S, Bullon A, Good M. Opening up a huge can of worms: reflections on a "cultural sensitivity" course for psychiatry residents. *Harvard Review of Psychiatry*. 2010; 18:247–253. [PubMed: 20597595].

Содржина

Дел 1: Зборник на трудови

Социјално економскиот статус и перинаталниот исход. Влијание на социјалните детерминанти врз перинаталното здравје <i>Зисовска Елизабета, Гоце Калцев, Дритан Даути, Симон Бешлиев, Вишна Гацова, Катерина Џатева</i>	5
Морталитетот од Кардиоваскуларните заболувања кај нас и во светот <i>Здравковска Милка</i>	18
Фармацевтска грижа за болни од астма <i>Ангеловска Бистра, Дракалска Елена, Миладиновска Александра</i>	22
Морални и биоетички прашања во оддели каде лежат критично болни пациенти <i>Софијанова Аспазија, Фрицханд Ана</i>	26
Корелација на социјалниот статус на пациенти со бенигна простатична хиперплазија врз тежината на изразеност на симптомите на болеста <i>Софрониевска Главинов М, Јовевска С</i>	36
Придонесот на здравствената економија врз здравјето на популацијата <i>Круме Николоски</i>	43
Социјални детерминанти и акутен гастроентеритис во детската возраст <i>Димитровска - Иванова Марија, Зисовска Елизабета</i>	49
Најчести дерматолошки заболувања кај лица во ниски социоекономски услови со посебен осврт на паразитарни и бактериски инфекции <i>Василева М. Василева С. Василев Б. Василев С.</i>	57
Социо економските фактори и дијабетот во бременост <i>Балџиева Сања, Трајковска Радојка, Јовевска Светлана, Балџиева Аница</i>	61
Структурни компетенции - Поим, извори и ефекти од социо-економска нееднаквост <i>Димова Цена</i>	64
Бенефитите од Традиционалната Кинеска Медицина врз целокупното човеково здравје <i>Зху Јухе, Арсовска Благица, Козовска Кристина</i>	74
Употреба на анализа на конечни елементи во стоматолошка протетика <i>Иванова Светлана, Димова Цена, Златановска Катерина, Апостолоски Павле, Митевски Кирил</i>	79
Влијанието на социоекономскиот статус врз исходот кај пациентите со мозочни метастази <i>Караколевска Илова Марија, Симеоновска Јовева Елена, Личкова Елена</i>	86

Влијание на социјално економскиот статус на родителите на денталното здравје и КЕП индексот кај децата <i>Лонгурова Наташа, Ковачевска Ивона, Златановска Катерина</i>	90
Влијанието на социо-економските фактори врз појавата и прогресијата на пародоналната болест <i>Петровски Михајло, Терзиева-Петровска Оливера, Миновска Ана, Папакоча Киро, Ковачевска Ивона</i>	94
Пушење цигари - ризик фактор за Коронарна Артериска Болест, пред и после коронарно стентирање (Приказ на случај) <i>Радојка Трајковска, Сашко Николов, Сања Балџиева, Светлана Јовевска, Аница Балџиева</i>	97
Корелација помеѓу возраста на родилката при прва гравидност со телесната тежина на новороденчето <i>Стојановски. А, Бурева. А, Стојанов. В</i>	101
The impact of social determinants on growth and health in preschool children <i>Калцев Гоце, Зисовска Елизабета</i>	110
The relationship between mother's lifestyle during pregnancy with the low birth weight <i>Калцев Гоце, Зисовска Елизабета</i>	116

Дел 2 : Зборник на Апстракти

Безбедноста во сообраќајот и политиката на јавното здравје: можеме ли повеќе и подобро ? <i>Темјановски Ристе, Арсова Моника</i>	124
Социјални аспекти на инфективните заболувања и нивното влијание на здравјето на населението во целина <i>Снежана Стојковска</i>	126
Dijagnostika i terapija sga: da li se u fetalnom i ranom neonatalnom periodu određuje naša ukupna životna sudbina? <i>Živić Saša</i>	127
Состојба на залеаните први трајни молари кај 12- годишни деца во Гостивар и Прилеп <i>Георгиев З, Ковачевска И</i>	128
PM10 и PM2.5 во воздухот причина за заболувања на респираторниот тракт <i>Алчевски Кристијан, Дејаноска Маја, Ефремова Леа, Тонева Николова Александра, Тонева Верица</i>	130
Treatment of hypertension as most common diagnosis in emergency department – Delchevo. <i>Drakalska Elena, Gligorovska Ana, Angelovska Bistra</i>	132

The influence of socio-economic factors on the presence of acute gastroenteritis in children with Roma and non-Roma origin <i>Николова Ирена, Димитровска Иванова Марија</i>	133
Quality of Maternal and Neonatal Care in Albania <i>Eduard Tushe</i>	134
Stress, smoking and thyrotoxicosis <i>Valentina Velkoska Nakova</i>	135
Importance of social determinants for successful vaccination in R. Macedonia. <i>Тодоров Страхил, Ѓоргиева Ацкова Даринка</i>	136